

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 59

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INJECTIONS RÉPLÉTIVES

DE
VASELINE IODOFORMÉE LIQUIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert-Jean TARTAVEZ

Né le 26 Mars 1885, à Oran (Algérie)

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES INJECTIONS RÉPLÉTIVES
DE VASELINE IODOFORMÉE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 59

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INJECTIONS RÉPLÉTIVES

DE
VASELINE IODOFORMÉE LIQUIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert-Jean TARTAVEZ

Né le 26 Mars 1885, à Oran (Algérie)

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. L. HUGOUNENQ, doyen; J. COURMONT, assesseur; LORTET, doyen honoraire.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET,
SOULIER, TRIPIER.

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et accouchements.....	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....	}	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....	}	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....		X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	}	HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et histologie.....	}	BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....	}	TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique	}	MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....	}	COLLET.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, cours complémentaire...	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire.....	VALLAS.

Chargés de cours complémentaires

Maladies des voies urinaires.....	MM. ROCHET,	agréé
Prodéutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Prodéutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative.....	LESIEUR,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.
BARRAL,	GAYET.	CAVAILLON.
SAMBUC.	MOREL.	LAROYENNE.
COURMONT (P.).	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.
CHATIN.	PATEL.	NOGIER.
VILLARD.	J. LÉPINE.	MOUNEYRAT.
TIXIER.	LESIEUR.	LATARJET, ch...
REGAUD.	ET. MARTIN.	BERIEL, ch...
COMMANDEUR.		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. NICOLAS, *Président*; LANNOIS, *Assesseur*;
MM. NEVEU-LEMAIRE et Jean LÉPINE, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FONTAN

Ancien Professeur à l'Ecole de Médecine navale de Toulon
Directeur du Service de Santé de la Marine en retraite
Officier de la Légion d'Honneur

*Il a bien voulu nous aider de ses
conseils, nous l'en remercions
bien respectueusement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. NICOLAS

Médecin des Hôpitaux de Lyon
Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

*Qui nous fait aujourd'hui le très
grand honneur de présider
notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELAHET

Médecin de 2^e classe de la Marine

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION & HISTORIQUE

L'injection réplétive de vaseline iodoformée liquéfiée par la chaleur a été décrite comme procédé de traitement rapide du bubon suppuré chancrelleux, par le D^r Fontan, il y a vingt ans; après l'avoir essayé systématiquement dans son service de l'hôpital St-Mandrier, à Toulon, Fontan présenta, en 1889, son procédé à l'Académie de Médecine de Paris, puis le développa, en donnant les résultats obtenus, dans une leçon clinique que publièrent les *Archives de Médecine navale*; la guérison était obtenue en moyenne au bout de 6 jours, ce qui était un progrès énorme sur les méthodes employées à cette époque, où les incisions larges et la chancrellisation de la plaie, qui en résultait trop souvent, immobilisaient les malades à l'hôpital pendant deux ou trois mois.

Les statistiques publiées en 1889 par Espieux, en 1894 par Henric, dans leur thèse inaugurale, celle du D^r Touren en 1898, qui portent sur plus de 500 cas, constatent la guérison du bubon en quatre ou cinq jours; on s'explique, dès lors, la faveur dont jouit ce procédé auprès des médecins de l'armée et de la marine continuellement appelés à traiter cette affection.

Mais Fontan ne lui avait d'abord fixé qu'une indication ; il dit expressément dans la thèse d'Henric : « Ce traitement n'est indiqué que dans les cas de bubon par lymphangite venant du chancre mou, et non dans les cas de dégénérescence ganglionnaire tuberculeuse ou syphilitique suppurant pour une cause quelconque. » .

Pourtant, n'attribuant aucune action spécifique, ni à l'iodoforme, ni à la chaleur vis-à-vis du bacille du chancre mou, Fontan devait être amené à faire franchir à son procédé les bornes étroites qu'il lui avait d'abord assignées, d'autant plus que son traitement dérive évidemment des nombreux travaux d'où naissait alors une méthode thérapeutique nouvelle : les injections iodoformées dans les tuberculoses locales.

Les résultats heureux obtenus en 1881 par les créateurs de cette méthode, Von Mosetig-Morhoof, Mikulicz, Gussenbauer, provoquaient à ce moment une série de recherches de la part des chirurgiens français. Marc Sée en 1882, Verneuil en 1885, Verchère en 1886, Reclus, Lucas-Championnière, d'autres encore, étudient successivement les injections d'iodoforme dissous dans l'éther, l'huile, l'huile de vaseline, la glycérine, la vaseline liquéfiée par la chaleur. De toutes les formules essayées, c'est celle où l'iodoforme est dissous dans l'éther qui compte le plus de partisans.

La vaseline liquide n'a été que peu employée, pourtant Lucas-Championnière dit n'avoir eu qu'à s'en louer, Reynier, Trendelenburg de Bonn et Redard la trouvent un peu moins active, mais beau-

coup moins dangereuse que l'éther, Laborde rapporte des observations que nous reproduisons et qui sont encourageantes, Fontan, après l'avoir essayé en 1888, dans l'adénite tuberculeuse, regrette de n'avoir pas poussé plus loin ces essais. La vaseline iodoformée liquide est, en effet, un agent thérapeutique susceptible de rendre des services au praticien.

Nous avons eu cet été l'occasion de voir un médecin major de la Marine, M. Delahet, l'employer suivant la technique de Fontan au traitement, non-seulement des bubons vénériens ou des adénites tuberculeuses, mais encore des abcès chauds ; nous l'avons vu guérir ainsi des malades en quatre jours en moyenne ; sur ses conseils, nous avons alors recherché les cas qui pourraient bénéficier des effets vraiment utiles de cette opération de petite chirurgie si simple et si facile à pratiquer.

Nous avons pu l'appliquer personnellement à plusieurs reprises, dans des cas assez divers, et nous la croyons capable d'abréger notablement la durée d'un abcès, d'une fistule, d'une lésion de tuberculose locale, et d'éviter ainsi des souffrances et des pertes de temps aux malades ; elle n'a pas d'autre prétention.

Le présent travail a donc pour objet de fixer la technique, les indications déduites de la logique et de l'expérience, et les résultats de la méthode Fontan appliquée à d'autres cas que le bubon vénérien ; nous nous baserons, pour cela, sur les observations que nous avons pu recueillir et dont plusieurs sont personnelles ; elles feront l'objet de notre premier chapitre.

Mais avant d'entrer dans l'exposé de notre sujet, nous tenons à acquitter la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers ceux qui, au cours de nos études médicales, ont bien voulu s'intéresser à nous.

Nos remerciements iront d'abord à M. le médecin-major de 1^{re} classe Marotte : il fut notre premier maître ; ses leçons nous furent d'un secours précieux au moment où nous préparions le concours d'entrée de l'Ecole, et c'est grâce à ses conseils que nous avons pu mener à bien, dans un temps limité, ce modeste travail : nous ne l'oublierons jamais.

M. le médecin-major Delahet a droit également à toute notre reconnaissance ; nous avons dit plus haut la part qui lui revient dans le choix de ce sujet ; il nous reste à le remercier de l'amabilité avec laquelle il nous a communiqué ses observations et confié des malades.

A Lyon, M. le médecin-major et Madame Duchêne-Marullaz ont toujours eu pour nous la plus charmante hospitalité ; qu'ils veuillent bien recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

A l'Ecole du Service de Santé Militaire, M. le médecin-major Schneider, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et M. le médecin-major Lafforgue, répétiteur, en souvenir de l'amitié qui les unissait à notre aîné, ont toujours été pour nous d'une amabilité sans bornes ; ils ont contribué pour une très large part à notre formation médicale et ne nous ont pas ménagé les encouragements et les conseils ; qu'ils veuillent bien agréer nos meilleurs remerciements.

Enfin, nous voulons aussi exprimer à notre ami, le D^r Beaufort, les sentiments fraternels qu'ont fait naître, au cours de ces trois années, des études et des plaisirs communs ; nous serons heureux de le retrouver plus tard, au cours de notre carrière.

CHAPITRE PREMIER

Observations

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Delahet).

Abcès furonculeux.

P... Henri, 23 ans, mécanicien, vient à la visite le 30 juillet 1907, pour un abcès siégeant sur la face antérieure du poignet droit. Cet abcès a l'étendue d'une pièce de 5 francs et reconnaît pour cause un furoncle.

Après évacuation du pus, il est procédé à un lavage à l'eau oxygénée, puis à la réplétion exacte de la poche, avec de la vaseline iodoformée liquide à 1/10^e.

Guérison et reprise du service le 3 août.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Delahet).

Abcès furonculeux.

D... Alphonse, quartier-maitre mécanicien.

Se présente à la visite le 2 mars 1908, pour un gros furoncle de l'avant-bras gauche. Pansement phéniqué.

Le 4 mars, on incise, on applique un nouveau pansement phéniqué, retiré le 6. On s'aperçoit alors de l'existence d'une

poche purulente partant du furoncle et remontant à 10 centimètres au-dessus de lui, jusqu'à trois travers de doigt du pli du coude. Gros écoulement purulent ; douleur vive ; fièvre (39°).

Injection d'eau oxygénée, suivie de vaseline iodoformée liquide ; large pansement boriqué.

Pansement renouvelé le 9 : affaissement de la poche qui s'est comblée. Il ne subsiste qu'un petit pertuis ne suppurant plus. Pansement à la gaze iodoformée.

Le 11 mars, le malade reprend son service.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Delahet).

Abcès furonculeux.

F..., matelot de pont.

Abcès furonculeux situé au tiers inférieur de l'avant-bras gauche, du côté de la face palmaire ; les dimensions sont celles d'un gros œuf.

Le 25 juillet 1908, après évacuation du pus, lavage à l'eau oxygénée, et réplétion exacte de la cavité de l'abcès par de la vaseline liquide iodoformée à 1/10^e.

Le 27, nouvelle injection.

Le 29, guérison ; reprise du service le 30.

OBSERVATION IV (personnelle).

Abcès furonculeux.

R... Auguste, 23 ans, ouvrier mécanicien à la Défense mobile d'Oran.

Vient à la visite le 17 juillet 1908, pour un phlegmon circonscrit occupant la face antérieure du poignet droit, sur une hauteur de 7 centimètres. Cet abcès, dû à un furoncle, est débarrassé de

son contenu, puis on pratique un lavage à l'eau oxygénée, et une injection réplétive de vaseline iodoformée liquide à 1/10^e.

Pansement retiré le 20 ; guérison ; reprise de service le 21 juillet.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Delahet).

Abcès de la main.

B..., second-maître de mousqueterie.

Se présente le 9 juillet 1907 à la visite, pour un abcès à point de départ situé sur la face dorsale de la première phalange de l'annulaire droit ; l'inflammation a gagné la face palmaire de la main, et, une fois l'abcès incisé étroitement à ses deux extrémités, un stylet pénètre jusqu'à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la main. Par l'ouverture, sortent environ 60 grammes de pus ; injection d'eau oxygénée, puis de vaseline iodoformée liquide à 1/10^e. Nouveau pansement le 12. Le 15, on fait un simple pansement boriqué, car il ne reste plus qu'un petit pertuis sur la face dorsale.

Guérison complète et reprise du service le 17 juillet.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le médecin major Delahet).

Abcès furoncleux.

F..., ouvrier mécanicien, présente, à la suite de furoncles, un abcès de la grosseur d'une mandarine, au tiers inférieur de l'avant-bras droit.

Incision étroite le 8 juillet 1907. Expression soigneuse du pus, injection d'eau oxygénée, puis de vaseline iodoformée liquide à 1/10^e.

Pansement retiré le 11, et remplacé par un simple pansement boriqué protecteur, la suppuration étant complètement tarie.

Reprise du service le 13 juillet. Guérison en 4 jours.

OBSERVATION VII (personnelle).

Abcès de la jambe droite.

G..., quartier-maitre mécanicien, vient à la visite le 28 juin 1908, pour un abcès siégeant à la face antéro-externe de la jambe droite

Cet abcès s'est ouvert spontanément ; on en fait sortir environ 80 grammes de pus. Expression soigneuse, injection d'eau oxygénée, puis de vaseline iodoformée liquide à 4/10^e.

Pansement retiré le 30, le malade n'ayant plus accusé de douleur à partir du 27 : la plaie est fermée.

Reprise de service le 1^{er} juillet : la guérison a été obtenue en 4 jours.

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Delahet).

Chancres mous.

G... Louis, maître d'hôtel, 22 ans, se présente à la visite pour trois chancres mous siégeant sur la face antérieure du scrotum. Près de la racine de la verge, l'un de ces chancres produit une fusée purulente vers le pli de l'aîne. Ce trajet a une longueur de 6 centimètres ; en même temps, il y a une légère adénite inguinale bi-latérale.

Le 12 août 1908, on injecte dans le trajet de l'eau oxygénée, puis de la vaseline iodoformée, jusqu'à réplétion.

Le 14, on refait le pansement : l'injection de vaseline a presque entièrement fermé la cavité, l'adénite a disparu. Nouvelle injection.

Le 17, guérison complète obtenue en 5 jours, les chancres continuant à évoluer.

OBSERVATION IX.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Fontan).

Lipome suppuré.

Homme de 45 ans, porteur d'un lipome plus gros qu'une orange, au-dessous de la nuque.

Opération simple, avec suture de la peau. Le cinquième jour après l'intervention, douleur, fièvre, suppuration en bloc.

On désunit un point de suture, et, par cette issue, on débarrasse la poche du pus qu'elle contient ; on lave et on remplit la cavité avec de la vaseline iodoformée liquide.

Guérison en quatre jours.

OBSERVATION X.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Fontan).

Fistule stercorale.

M^{me} R..., 30 ans, opérée en décembre 1907, de pyosalpingite droite, qui nécessite un tamponnement de Mickulicz et laisse une fistule persistante.

Partie pour une ville voisine, la malade revient en mars 1908, pour obtenir la guérison de sa fistule, qui est stercorale et semble provenir du cœcum.

Nouvelle opération, dans laquelle on trouve au fond de la fistule un appendice énorme et perforé. Résection de l'appendice ; suture, drainage. Après quelques semaines, on s'aperçoit que la fistule persiste et donne issue à des liquides stercoraux. Malgré deux mois de traitement par injections diverses (eau oxygénée, teinture d'iode, chlorure de zinc), la situation reste stationnaire.

Le 2 août, le professeur Fontan pratique une injection réplétive de vaseline iodoformée. Huit jours après (10 août), il n'y a plus qu'une toute petite fistule ; nouvelle injection de deux centimètres cubes de vaseline iodoformée. Au pansement suivant, la fistule est oblitérée.

Le 22 septembre, la fistule est parfaitement cicatrisée.

OBSERVATION XI.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Fontan).

Fistule stercorale.

René B..., jeune garçon de 11 ans, est atteint, en février 1908, d'une appendicite aiguë très grave, amenée à l'état froid par le traitement ordinaire.

L'opération, pratiquée quatre semaines après la crise aiguë, montre une péritonite purulente, vaste, mais bien circonscrite. Il a été impossible d'atteindre l'appendice qui doit se trouver à gauche de la ligne médiane, derrière la vessie. C'est du moins dans cette région que le cœcum est fixé par de fortes adhérences. Après une opération très longue et très laborieuse, le professeur Fontan pratique un tamponnement de cette arrière-cavité qui se trouve assez loin de l'ouverture classique. Guérison lente, fistule persistante traitée par des moyens variés pendant trois mois.

Le 10 juin, la fistule donnant toujours accès dans une poche sous-ombilicale assez étendue et laissant écouler un liquide stercoral, on propose une nouvelle intervention par la ligne médiane. La famille s'y refusant, le professeur Fontan procède à la réplétion de la poche avec dix centimètres cubes environ de vaseline iodoformée, et pratique deux points de suture sur l'orifice cutané avivé.

La réunion a été obtenue et la guérison ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour (20 septembre 1908).

OBSERVATION XII.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Fontan).

Gomme syphilitique du tibia.

Mme L..., femme d'un officier, âgée de 34 ans, est malheureusement atteinte d'une syphilis maligne, qui a donné lieu à des accidents sérieux et profonds, malgré un traitement méthodique et bien dirigé, suivi depuis trois ans.

Le 20 septembre 1906, première opération : évidemment du tibia

pour une ostéite gommeuse suppurée et fistuleuse. Malgré des soins assidus, la plaie reste fistuleuse, avec séquestre enclavé.

Deuxième opération le 12 décembre 1906. Même suite que précédemment, malgré une résection très large.

En février 1907, élimination de petits séquestres. La peau est flottante au-devant de la cavité osseuse. M. Fontan songe alors à essayer la vaseline iodoformée. La cavité en est exactement remplie et un pansement occlusif est placé sur la région.

Six jours après l'injection, en renouvelant le pansement, on le trouve à peine taché d'une goutte de vaseline, sans pus. La peau s'est quelque peu affaissée. On n'expulse pas la vaseline : un pansement est simplement refait ; guérison définitive.

OBSERVATION XIII.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Fontan).

Testicule tuberculeux.

Jeune garçon de 18 ans, atteint de tuberculose du testicule droit, avec fistule de l'épididyme. Curettage de la fistule, avec abrasion énergique des parties fongueuses.

Réplétion de la poche avec de la vaseline iodoformée liquide. Guérison immédiate.

OBSERVATION XIV.

(Service de M. le professeur Fontan, hôpital Saint-Mandrier).

(In thèse Laborde (1888).

Adénite tuberculeuse.

D..., matelot, 23 ans, scrofuleux ; a déjà été atteint à diverses reprises de ganglions suppurés au cou et à l'aîne. Présente actuellement, depuis dix jours, une adénite inguinale double survenue sans cause apparente, mais coïncidant avec un état de dépérissement très accusé. Pas de fièvre.

14 février 1888 : la fluctuation est manifeste depuis quelques jours. Les deux tumeurs, ovoïdes, sont tout-à-fait molles ; la peau rouge, luisante, très amincie. Injection d'éther iodoformé dans les deux abcès, sans évacuation du pus (1 gr. à droite, 2 gr. à gauche).

20 février : après une légère condensation, tous les caractères de la purulence ont réapparu avec une plus grande netteté.

L'abcès du côté droit, plus petit que le gauche, est traité par l'incision large, avec lavage de la poche, et pansement à la poudre d'iodoforme. L'incision mesure sept centimètres.

A gauche, l'abcès, plus volumineux, est ponctionné à ses deux extrémités avec un bistouri très étroit. Expulsion d'un pus filant, sirupeux, brunâtre. Lavage de la poche à l'eau boriquée, puis réplétion à l'aide d'une injection de vaseline iodoformée, liquéfiée par la chaleur. Application d'une compresse froide. On a injecté de 20 à 25 grammes de vaseline, soit 2 gr. à 2 gr. 3 d'iodoforme.

21 février : fièvre (40° 3), épistaxis, congestion pulmonaire, crachement de sang.

22 février : les accidents généraux et thoraciques ont disparu (T- 37° 2). Le bubon du côté gauche présente un très bon aspect. Pas de gonflement, pas de rougeur, ni de douleur. Légère induration, par condensation des tissus. Les petites plaies paraissent obstruées.

À droite, suppuration abondante.

28 février : il n'y a plus, à gauche, la moindre suppuration. La peau est redevenue complètement libre en avant de l'induration, qui disparaît de jour en jour et est très minime en ce moment.

À droite, la suppuration persiste toujours.

8 mars : il n'existe plus, à gauche, aucune trace d'abcès, ni de ganglions engorgés. À droite, la cicatrisation marche régulièrement.

Sort le 15 mars.

OBSERVATION XV.

(Service de M. le docteur Fontan, hôpital Saint-Mandrier).

(In thèse Laborde).

Adénite tuberculeuse.

Thém..., matelot chauffeur, 23 ans, scrofuleux. Atteint de suppuration ganglionnaire de l'aisselle droite. Présente deux tumeurs purulentes voisines, grosses comme des œufs de poule, et qui datent de 40 jours.

25 février 1888 : double ponction au bistouri étroit. Evacuation de 60 grammes de pus. Injection de vaseline iodoformée. Occlusion.

1^{er} mars : l'injection a déterminé une condensation des tissus et la suppression de toute suppuration. Les plaies des ponctions se sont réunies immédiatement.

7 mars : la peau est tout à fait libre au-devant des noyaux indurés, qui diminuent beaucoup de volume.

12 Mars : guérison.

OBSERVATION XVI.

(Service du professeur Fontan, hôpital Saint-Mandrier).

(In thèse Laborde).

Adénite inguinale.

M... Joseph, 24 ans, entré à l'hôpital le 11 février 1888. Présente sur la verge, depuis 40 jours, une petite érosion survenue à la suite d'un coït : depuis 4 jours, adénite inguinale, ne présentant pas encore de fluctuation.

18 février : injection de 1 gramme d'éther iodoformé. La fluctuation apparaît.

19 février : il s'est produit une forte condensation, mais la fluctuation est toujours manifeste.

21 février : ponction au bistouri. Issue de 12 à 20 grammes de pus ; injection de vaseline iodoformée.

25 février : depuis la veille, mal de gorge, amygdales gonflées, douleurs vives dans l'oreille.

27 février : écoulement abondant de l'oreille et cessation des douleurs.

1^{er} mars : depuis l'injection de vaseline iodoformée, il s'est formé, dans la tumeur, un noyau dur et condensé, au-devant duquel la peau glisse librement.

4 mars : les petites plaies formées par les ponctions sont cicatrisées et ne donnent passage ni à du pus ni à de la sérosité.

17 mars : l'induration a complètement disparu.

Le malade sort guéri.

OBSERVATION XVII.

(Service de M. le professeur Fontan, hôpital Saint-Mandrier).

(In thèse Laborde).

Adénite tuberculeuse.

Ansquer, matelot breton, scrofuleux, atteint d'adénite cervicale suppurée : plusieurs séjours antérieurs à l'hôpital pour la même affection.

3 juin 1887 : porte un ganglion ramolli près de l'angle de la mâchoire. Sans l'ouvrir et sans évacuer le pus, on y pratique une injection cavitaire de 1 gramme d'éther iodoformé.

4 juin : condensation de l'abcès, induration des parties voisines.

11 juin : deuxième injection, faite cette fois avec 1 gramme d'huile de vaseline iodoformée.

12 juin : aucune inflammation.

19 juin : La fluctuation persistant, on fait une ponction. Issue de pus mélangé de gouttelettes huileuses, l'iodoforme en poudre reste dans la cavité et sort seulement à la fin, par expression de la poche. Injection de vaseline iodoformée figeable.

5 juillet : la poche a été comblée immédiatement comme dans une réunion par première intention. Il n'y a pas eu une goutte de pus.

OBSERVATION XVIII.

(In thèse Laborde).

Adénite crurale.

B..., 22 ans, matelot, atteint d'adénite crurale droite suppurée. Traité depuis le 10 avril, par les caustiques de Vienne, les injections détersives, etc.

17 juin 1887 : actuellement, il persiste un trajet fistuleux, situé au sommet du triangle de Scarpa, et par lequel on évacue chaque jour une vingtaine de grammes de pus. Il existe là, assez profondément, une cavité issue de la fonte d'un ganglion.

19 juin : injection de 20 grammes de vaseline iodoformée chaude. Obturation de la fistule à l'aide d'un petit tampon de gaze iodoformée.

24 juin : depuis le jour de l'injection, il s'est produit une petite masse indurée, grosse comme une noix, non enflammée, et sans écoulement purulent.

30 juin : la masse indurée s'aplatit et s'efface ; la suppuration n'a pas reparu. La fistule s'est oblitérée comme par première intention.

3 juillet : le malade sort guéri, sans qu'il reste trace de son abcès ganglionnaire.

OBSERVATION XIX (personnelle).

Adénite inguinale, suite d'excoriation.

R..., capitaine au 81^e d'infanterie. Entre le 6 septembre à l'hôpital suburbain de Montpellier pour adénite inguinale droite, suite d'excoriation au talon. Suppuration monoganglionnaire (ganglion inguinal supéro-externe). Gros comme un œuf de pigeon, ce ganglion est nettement arrondi : pas de périadénite ; peau rouge, œdématiée, prête à s'ouvrir spontanément ; douleurs lancinantes.

Ponction au ténotome ; évacuation par compression d'un pus épais, crémeux, verdâtre.

Injection de vaseline iodoformée à 1/20'. Pansement sec, laissé quatre jours.

Le 4^e jour, guérison : la ponction n'a pas laissé de traces ; il n'y a ni suppuration ni douleurs.

Sort le 13 septembre.

OBSERVATION XX (Personnelle).

Fistule pleurale.

L... (Raymond), soldat au 122^e d'infanterie, salle Louis-Tissié, n° 27, hôpital suburbain de Montpellier.

Malade âgé de 24 ans ; deux ans de service. Entré le 27 janvier 1908 à l'hôpital de Rodez, pour pleurésie séreuse, qui devint purulente. Le 24 février eut lieu l'intervention qui a provoqué la fistule actuelle : pleurotomie avec résection partielle de la huitième côte droite.

Deux drains sont placés et des lavages sont pratiqués à l'aide de sérum artificiel. La plaie opératoire se ferme peu à peu et les drains, diminués progressivement, sont enlevés. Le 1^{er} mai 1908, la fistule est fermée.

Mais, au bout de trois jours, le malade souffre du côté droit, présente une température de 39° 4. On intervient de nouveau, et, par la plaie rouverte, s'écoule du pus. La fièvre se maintient quinze jours. Lavages au sérum artificiel additionné d'eau oxygénée. Attouchements au chlorure de zinc et à la teinture d'iode ; pas de drainage.

Le 19 juin, la plaie se ferme de nouveau. Le malade part en congé de convalescence pour Montpellier ; mais, au bout de douze jours, nouvelle suppuration, qui, d'abord insignifiante, devient de plus en plus abondante et nécessite l'entrée du malade à l'hôpital (26 juillet).

On constate à ce moment une fistule de quinze centimètres de profondeur, dans laquelle on introduit un drain. Injections fréquentes d'eau oxygénée ; le drain est diminué progressivement

jusqu'à douze centimètres; l'état reste stationnaire; la suppuration persiste, assez abondante.

Nous demandons alors à essayer la méthode Fontan : le 20 septembre, nous pratiquons une première injection de vaseline iodoformée liquide à 1/20^e; pansement sec.

Le 24, le pansement retiré, on constate qu'il ne persiste plus qu'un trajet de deux centimètres, qui donne issue à quelques gouttes de pus. Deuxième injection de vaseline iodoformée à 1/10^e; le 28, la plaie s'est complètement refermée.

Le 20 novembre, le malade nous écrit que la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XXI (Personnelle).

Suppuration sous-cutanée post-opératoire.

L... (Léon), 23 ans, soldat au 81^e de ligne, salle Lallemand, n° 8, hôpital de Montpellier.

Le malade a été opéré d'une hernie inguinale droite, le 11 septembre 1908; cure radicale; la suture de la paroi a été faite au catgut pour les plans profonds; un surjet sur le péritoine; des points séparés sur les plans musculaires; points séparés sur le plan aponévrotique; la peau est suturée au crin.

Suites de l'intervention normales; aucun signe d'infection.

Le 17, ablation des fils, la plaie opératoire est parfaitement réunie; pansement sec.

Dans la nuit du 18 au 19, le malade ressent une douleur légère dans l'aîne droite et le matin il présente une température de 38°; le pansement enlevé, on constate une rougeur limitée dans la région de la cicatrice, un point douloureux, mais pas de fluctuation; on n'intervient pas.

Le 20, on s'aperçoit que l'infection s'est propagée très rapidement; la douleur est vive, la région est rouge, tendue, chaude; la palpation révèle une poche purulente, située sous la cicatrice; la peau étant parfaitement intacte, il est très probable que la cause

de cette suppuration est un défaut de stérilisation d'un catgut profond, qui est en voie de résorption.

Avec un bistouri à lame étroite, on pratique une ponction au point le plus fluctuant ; puis on malaxe soigneusement la cavité, jusqu'à évacuation complète du pus ; elle en contenait environ 100 grammes. Lavages à l'eau oxygénée, puis injection de vaseline iodoformée liquide à 1 pour 10.

Le 21, la douleur est insignifiante, le malade a dormi, la température est descendue à 37° ; malgré cela, le pansement est enlevé, et par expression de la poche on donne issue à environ 25 grammes de pus, puis à de la vaseline ; on arrête l'expression et on remplace le pus par une quantité égale de vaseline.

Le 23, toute douleur a disparu, la plaie est fermée.

Sortie de l'hôpital le 3 octobre.

OBSERVATION XXII (Personnelle).

Suppuration sous-cutanée post-opératoire.

R..., soldat au 2^e génie, entré à l'hôpital suburbain de Montpellier, le 3 septembre 1908, pour obstruction intestinale (coudure intestinale provoquée par une péritonite tuberculeuse).

Laparotomie médiane sous ombilicale : destruction des adhérences. La suture de la paroi est faite au catgut pour les plans profonds (un surjet sur le péritoine, points séparés sur le plan musculaire, points séparés sur le plan aponévrotique), à l'aide de crins pour la peau.

Le 11 septembre, ablation des fils cutanés : la réunion est parfaite sur toute la ligne de suture.

Le 17, deuxième pansement. On constate, à la partie moyenne de la cicatrice, l'existence d'une collection liquide sous-cutanée, provenant évidemment d'une suppuration localisée autour d'un des catguts placés sur les plans profonds.

Ponction avec le couteau à cataracte, évacuation par pression

d'une cuillerée à café environ, d'un pus jaunâtre et bien lié.
Injection de vaseline iodoformée à 1/10. Pansement sec.

Guérison six jours après.

OBSERVATION XXIII (Personnelle)

Mastoïdite suppurée.

L. . . , du 24^e colonial, entre à l'hôpital suburbain de Montpellier le 5 octobre 1908, pour otite moyenne suppurée gauche, compliquée de mastoïdite. L'écoulement purulent date d'un an environ, il est abondant, mais les signes de mastoïdite sont récemment apparus.

Etat à l'entrée : tuméfaction rétro-auriculaire, le pavillon de l'oreille est refoulé en avant; douleur à la pression, surtout à la pointe de l'apophyse mastoïde : le conduit auditif externe est tuméfié, surtout au niveau de sa paroi postéro-supérieure. La température est de 38° 5 le soir.

Dans le courant de la nuit, apparaissent des phénomènes de méningisme : céphalée atroce, vomissements, crises convulsives.

L'intervention est décidée le 6 octobre.

Trépanation de la mastoïde par le procédé classique, ouverture de l'antre; on tombe sur une cavité du volume d'un gros pois, située à 15 millimètres de profondeur; il s'en écoule du pus verdâtre, liquide séreux.

A la petite curette, on effondre les cellules secondaires qui convergent-vers l'autre, en haut, en avant et en bas; il n'en est pas de même des cellules postérieures parce qu'en raison de la profondeur à laquelle est situé l'antre, la brèche de trépanation a déjà été fortement agrandie en arrière et que le voisinage certain du sinus latéral impose de la prudence dans les manœuvres effectuées dans cette direction.

La cavité osseuse et ses diverticules sont remplis par une injection de vaseline iodoformée à 1 pour 10, liquéfiée par la chaleur.

La plaie est refermée, sans drainage, sans mèche de gaze, en ne laissant qu'une ouverture au niveau du puits osseux.

Les suites sont normales ; la température tombe le soir même ; les phénomènes nerveux ne se reproduisent pas ; la plaie opératoire est réunie au huitième jour, à l'exception de la partie non suturée, par laquelle se fait un suintement léger à partir du cinquième jour.

Il est pratiqué deux nouvelles injections, les cinquième et huitième jours.

La guérison est achevée le seizième jour.

CHAPITRE II

Exposé du manuel opératoire,

La méthode Fontan, telle que son auteur l'a décrite pour le traitement rapide des bubons suppurés, comprend plusieurs temps distincts ; il n'est pas inutile d'en rappeler ici les détails ; il est vrai qu'elle date déjà de vingt ans, qu'elle a fait l'objet d'une leçon clinique du professeur Fontan et d'une thèse, que nombre d'articles ou de traités de chirurgie en ont fait mention ; mais elle a été souvent exposée incomplètement, parfois même altérée ; et dans ces conditions les résultats n'ont pas toujours été satisfaisants. Certains chirurgiens se seraient évité des insuccès par une connaissance et une exécution plus exactes du procédé.

Cette petite opération, des plus simples et des plus faciles, peut se décomposer en six temps, que nous allons d'abord énumérer ; nous les décrirons ensuite en faisant connaître les modifications qu'ils peuvent subir.

Premier temps. — Lavage antiseptique de la région.

Deuxième temps. — Ponction-incision au bistouri à lame étroite.

Troisième temps. — Evacuation complète du pus par la malaxation de la poche, et son curettage dans certains cas.

Quatrième temps. — Lavages répétés de la cavité.

Cinquième temps. — Réplétion de la cavité avec de la vaseline iodoformée à 1 pour 10, liquéfiée au bain-marie à 45°.

Sixième temps. — Pansement occlusif.

Premier temps. — Nous n'insisterons pas sur ce temps de l'opération, qui comprend la désinfection soigneuse de la région sur laquelle va porter l'intervention ; le rasoir, la brosse et le savon procureront l'asepsie cherchée.

Deuxième temps. — Dans les cas d'abcès fermé, ce temps comprend une ponction faite, soit avec une lancette, soit avec un bistouri à lame étroite si le pus est profond.

L'ouverture doit être pratiquée au point le plus fluctuant et non au point le plus déclive ; en effet, il n'y aura aucun écoulement purulent pendant les jours suivants ; elle doit être centrale, pour que le pus, chassé avec les doigts de tous les points fluctuants, puisse y affluer.

Dans les cas d'hématome suppuré post-opératoire, où une poche s'est formée sous la suture, il suffira de désunir un point de suture.

Si l'on a affaire à un abcès ouvert spontanément, ou à une fistule, le bistouri devient évidemment inutile ; l'ouverture est toujours assez grande.

Troisième temps. — Après la ponction, le bistouri une fois retiré de la plaie, on voit ordinairement sourdre une goutte de pus, de consistance variable suivant les cas, mais presque toujours trop épais pour s'échapper tout seul de la poche. Le chirurgien est obligé d'intervenir.

Ce temps de l'opération est très important et ne doit pas être négligé. Nous faisons de l'évacuation complète du pus la condition *sine qua non* d'une guérison rapide. Les insuccès qui ont été signalés dans les cas de bubon, sont presque tous dûs à une gouttelette purulente laissée dans une des nombreuses anfractuosités de la poche. Pour bien évacuer le pus, on prend l'abcès à pleine main et on exerce une pression lente, méthodique, sur tous les points de la circonférence de la tumeur. On malaxe, on pétrit les tissus enflammés, jusqu'à ce qu'on ne donne plus issue qu'à une sérosité fluide, légèrement teintée de sang. On ne doit s'arrêter que lorsqu'on est bien sûr que tout le pus contenu dans la poche a été expulsé.

Signalons ici les résultats de cette manœuvre : tout d'abord cette malaxation est en général très douloureuse ; cependant le bénéfice est tel qu'on ne doit pas hésiter à y soumettre le malade. Du reste, d'autres traitements auraient le même inconvénient, tant en donnant une guérison moins rapide, et il est possible d'atténuer, ou même de supprimer la souffrance, soit par l'injection de quelques centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, soit par un peu de chloroforme. En général, seule la fin de la malaxation est vraiment pénible.

A la fin de cette manœuvre, nous avons noté une coloration rouge intense de la région ainsi pétrie ; cette hyperémie a peut-être une influence dans la rapidité de la guérison, nous y reviendrons plus loin.

Quelquefois il ne suffit pas d'agir extérieurement sur les parois de la cavité ; il peut devenir utile de rompre les brides qui cloisonneraient la poche purulente et de transformer plusieurs petites loges en une seule grande ; dans les cas où l'on se trouve en face de parois infiltrées, fongueuses, un curettage énergique sera même nécessaire (voir observation n° XIII). Un évidemment soigneux pourra aussi faciliter la guérison d'une cavité osseuse.

Quatrième temps. — Le pus complètement évacué, une cavité aussi régulière que possible obtenue, on injecte, d'après Fontan, quelques seringues de liqueur de Van Swieten dédoublée portée à 45°. Comme ce lavage est destiné à :

1° Déterger complètement la poche des détritux sphacelés et du reliquat des matières purulentes que la malaxation n'aurait pu chasser ;

2° Aseptiser la cavité en l'introduisant dans toutes les anfractuosités, nous pensons qu'il est préférable de substituer l'eau oxygénée au Van Swieten ; la détersion se fait mieux ; il est bon, après chaque injection, de malaxer la poche, pour que le liquide dilue le pus trop épais pour avoir été expulsé à la malaxation sèche.

Quand le liquide d'injection sort de la poche absolument pur, on s'arrête et on accomplit le cinquième temps, l'injection de vaseline iodoformée.

Cinquième temps. — L'injection doit être faite avec une pommade contenant 1 gr. d'iodoforme pour 10 gr. de vaseline.

Au début de l'opération, on place le pot contenant la pommade dans un bain-marie ; une température de 45° suffit à amener la liquéfaction de la vaseline. Une plus haute température amène un changement de coloration du produit qui devient rougeâtre, à cause de la formation d'iode naissant ; ce fait est intéressant à noter. Le moment venu, on pousse le liquide doucement, à l'aide d'une seringue de verre semblable à celles que l'on utilise pour les injections uréthrales. Il est nécessaire que la cavité soit remplie, mais non distendue.

Sixième temps. — La vaseline incluse a peu de tendance à s'échapper de la poche, à cause précisément de l'étroitesse de l'ouverture par laquelle on l'a injectée.

Fontan, dans l'exposé de son procédé, indique le pansement suivant :

Immédiatement après l'injection de vaseline et dès que le bec de la seringue a quitté les lèvres de la plaie, appliquer un fort tampon de coton imbibé de solution mercurielle froide.

Par sa température, ce coton aide la vaseline à repasser rapidement à son état primitif : de plus, il fait une occlusion parfaite de la plaie en empêchant l'arrivée de l'air et, conséquemment, l'introduction des microorganismes infectieux dans une cavité désormais aseptique.

Le tampon de coton est recouvert d'un morceau de

gutta-percha laminée, et le tout est maintenu en place par des bandes de gaze.

Espieux indique que le pansement peut être complètement supprimé ; la plaie étant suffisamment protégée par la vaseline figée ; nous nous rangerons plutôt à l'avis de Henric qui, dans sa thèse, cherche à rendre l'occlusion plus parfaite ; il applique quelques ronds de gaze iodoformée ou d'ouate hydrophile, parfaitement aseptique, grands comme des pièces de deux francs, qu'il accole à la peau avec du collodion iodoformé.

Ce pansement, absolument occlusif, forme une cuirasse antiseptique stable. De plus, il est très commode, ne gêne en rien les mouvements du malade, tout en étant d'une application très facile.

Si les règles de l'antisepsie ont été rigoureusement observées, si l'évacuation du pus a été complète, si l'injection de vaseline iodoformée a bien été réplétive, il n'est pas besoin de renouveler le pansement avant 4 jours, date ordinaire de la guérison.

On n'interviendrait que si le malade continuait à souffrir le lendemain de l'opération, si la fièvre persistait ou reparaissait.

On prescrira au malade le repos au lit, en lui recommandant d'éviter autant que possible les mouvements du membre opéré ; il est en général difficile de l'obtenir, car toute souffrance disparaît au bout de quelques heures.

CHAPITRE III

Indications.

De nos observations, nous déduirons d'abord la grande indication suivante : le procédé de Fontan est capable d'amener la guérison rapide de collections purulentes développées dans une cavité dont les parois sont naturelles ou résultent d'un processus pathologique, que l'on veut combattre et qui s'est limité de lui-même par une paroi de bourgeons charnus ; les hygromas et les kystes sébacés suppurés peuvent être pris comme exemples pour la première catégorie ; les fistules, les gommes osseuses, les abcès autour desquels se forme une membrane pyogénique réalisent le second type.

Au contraire, on devra soigneusement s'abstenir d'appliquer ce traitement dans les cas où l'aptitude à la limitation n'existe pas, de par la virulence de l'agent infectieux, ou de par le terrain où évolue la lésion ; il serait complètement impuissant à arrêter l'envahissement d'un membre par un phlegmon diffus, l'incision étroite aurait en pareille circonstance des effets désastreux.

1° Emploi dans les cavités kystiques.

Le kyste sébacé suppuré peut être traité par l'injection réplétive de vaseline iodoformée ; le professeur Fontan en a fait l'essai avec succès. De même pour l'inflammation aiguë des gaines synoviales de tendons et pour l'hygroma ; mais cette dernière lésion se présente rarement isolée, on le trouve ordinairement dans les phlegmons diffus de membres, et dès lors l'incision large s'impose.

On pourrait, dans le cas de dacryocystite suppurée essayer l'injection réplétive avant de tenter l'extirpation ou même la large incision du sac ; la limitation de l'infection permet logiquement de croire au succès, qui, en même temps qu'il hâterait la guérison, supprimerait la cicatrice ; en cas d'échec, la réplétion du sac lacrymal aurait le double avantage d'antisepsier la poche et d'en rendre la découverte, la dissection et l'extirpation ultérieures plus faciles.

2° Emploi dans les adénites suppurées.

Nous n'insisterons pas sur les bubons chancreux, le sujet ayant été complètement traité ailleurs, pas plus que nous n'avons publié nos observations sur les cas de cette sorte.

L'adénite banale (observation n° XIX), consécutive à une infection quelconque du tégument, est rapidement guérie par une injection faite au moment où le pus est collecté et enfermé dans la coque fibreuse du ganglion.

Lorsque l'adénite est due au bacille de Koch, et que les conditions anatomiques sont celles que nous venons de décrire, c'est-à-dire lorsque le ganglion s'est transformé en une masse purulente encapsulée

par une coque fibreuse, il est possible de le traiter avec succès comme une adénite banale ou un bubon chancrelleux ; il sera utile, toutefois, de faire précéder l'injection par un curettage énergique et complet ; les observations que nous rapportons et qui sont empruntées à la thèse de Laborde en font foi ; elles montrent que la vaseline et l'éther sont des véhicules également bons de l'iodoforme, et fixent les indications respectives de ces deux excipients : lorsque la lésion est peu avancée, que le pus n'est pas collecté, l'injection cavitaire est impossible : on aura alors recours à l'éther ; mais lorsque l'évacuation du pus peut être pratiquée, l'incision étroite avec réplétion et fermeture de la poche par la vaseline figée qui la met à l'abri d'une infection secondaire devra être préférée.

D'autres lésions tuberculeuses peuvent avantageusement subir le même traitement ; témoin notre observation n° XIII, portant sur une fistule consécutive à une épидидymite bacillaire.

Les adénites syphilitiques suppurant pour une cause quelconque sont dans le même cas.

3° Abscesses circonscrits du tissu cellulaire sous-cutané.

a) Abscesses ordinaires ; abscesses furonculaires.

Les furoncles produisent fréquemment des décollements purulents, parfois assez étendus, mais bien limités : les observations n° I à n° VII qui relatent des cas de ce genre montrent qu'il est facile de combler rapidement ces cavités ; nous en rapprocherons l'ob-

servation n° VIII, où le décollement était causé par un chancre mou des bourses.

b) Adénophlegmon sous-maxillaire.

L'indication résulte ici de la topographie de la région et de l'intérêt qu'il y a à supprimer la cicatrice.

c) Hématomes post-opératoires.

Les hématomes qui se produisent après toutes sortes d'opérations, cancers du sein, castration, tumeurs sous-cutanées, etc., et qui sont susceptibles de suppurer, peuvent avantageusement être évacués par un point désuni de la suture et remplacés par une quantité égale de vaseline iodoformée.

La guérison est constante, la suppuration prévenue ou tarie (observation n° IX).

d) Abscess dus à une suppuration post-opératoire autour d'un fil.

Dans les suppurations post-opératoires du tissu cellulaire sous-cutané consécutives à l'infection d'un fil de catgut ayant servi à lier un vaisseau ou à suturer un plan musculaire ou aponévrotique de l'incision opératoire, l'injection de vaseline iodoformée rendra de grands services.

Ces petits accidents, sans être fréquents, ne sont cependant pas exceptionnels, et nul chirurgien n'en est à l'abri.

Lorsque dix à quinze jours après une intervention, alors que la réunion cutanée a été obtenue par première intention, on constate l'existence, sous la peau intacte d'une collection de pus localisée en un seul point, il faut bien admettre que la cause en est dans

l'emploi d'un catgut dont la désinfection n'était pas parfaite.

Sans présenter de gravité, cet incident post-opératoire a le double inconvénient de retarder la guérison et surtout de nuire à la perfection de la cicatrice ; ces deux inconvénients existent surtout lorsqu'on a recours, pour le traitement de la suppuration, à l'incision large du foyer et au pansement à plat ; il faut alors attendre la réunion par bourgeonnement, par seconde intention.

Au contraire, le traitement que nous préconisons permet d'éviter tout délabrement, en remplaçant l'incision par une simple ponction ; il abrège la guérison, puisque la réunion a été obtenue en quatre jours dans les deux observations que nous avons recueillies (observations n° XXI et XXII) ; il laisse enfin à sa suite une cicatrice souple, ne différant en rien d'une réunion par première intention.

4° Fistules.

Les fistules de diverses natures qui résistent souvent des mois entiers à tous les traitements, lavages répétés, attouchements au chlorure de zinc, à la teinture d'iode, etc., épuisent le malade par de longues suppurations, l'obligent à des séjours prolongés à l'hôpital, peuvent être taries en quelques jours par une simple injection de vaseline iodoformée. Les succès que nous avons vus et ceux que nous relatons dans les observations n° X et XI ne laissent aucun doute à ce point de vue : il est possible de fermer rapidement une fistule pleurale ou pyostercorale.

Une fistule scrotale due à une tuberculose de l'épi-

didyme a été guérie immédiatement par une seule injection (observation n° XIII), mais le professeur Fontan, à qui nous devons cette observation, n'a eu, dans trois cas semblables, que des demi-succès, et il recommande un curettage très complet de ces fistules.

5° Collections développées dans un os.

La cavité osseuse peut être naturelle ou pathologique. Naturelle, ce sera par exemple une mastoïdite (observation n° XXIII). Dans la mastoïdite, après antrotomie et évacuation complète du pus, l'injection réplétive pourra être avantageusement substituée au classique tamponnement à la gaze iodoformée ; l'injection pénètre jusqu'au fond des cellules qui rayonnent autour de l'antre, ce que ne fait pas le tamponnement. On évite ainsi, dans certains cas, d'effondrer toutes les travées intercellulaires, d'où opération plus rapide et diminution des risques (ouverture des tissus dans le curettage des cellules postérieures).

Il est permis d'admettre que les mêmes considérations pourraient s'appliquer aux collections suppurées des sinus (dans les cas d'empyème avec fermeture des orifices normaux), en particulier des sinus frontaux, peut-être des sinus maxillaires.

Dans la catégorie des lésions produisant artificiellement une cavité osseuse, nous ferons entrer les gommes tuberculeuses ou syphilitiques, ce mode de traitement est à rapprocher du plombage iodoformé employé par Mon Masetig-Morhoof.

CHAPITRE IV

Suites de l'opération, — Résultats.

Les suites de cette petite opération sont simples ; ordinairement on observe, au bout des vingt-quatre premières heures, la cessation à peu près absolue de la douleur, due peut-être à l'action analgésique de l'iodoforme. En même temps, la température tombe et le malade se sent mieux.

Que devient la lésion ? Extérieurement, on constate l'amendement des phénomènes phlegmoneux, la peau reprend son aspect normal, la tuméfaction disparaît plus ou moins vite. Quant à la plaie opératoire, elle peut se fermer presque immédiatement : Fontan a observé des réunions en un jour ; en général, le pansement doit être refait le 4^e jour ; au bout de ce délai, ou bien l'on trouve la cicatrice complètement fermée, ou bien il reste un petit pertuis suintant légèrement, qu'on recouvre de vaseline liquide ; au deuxième pansement, la guérison parfaite est la règle.

Plus tard les traces de l'incision ne sont même plus visibles, et cela n'est pas d'une médiocre importance dans certaines régions.

Mais à l'intérieur de l'abcès, que se produit-il ? Il y aurait intérêt à le savoir, car cela nous expliquerait les accidents que l'on peut observer.

Tout d'abord, l'iodoforme est répandu jusque dans les moindres recoins de l'abcès et tapisse ses parois ; il est absorbé lentement et passe dans l'urine où on le retrouve (réaction caractéristique avec l'acide azotique et le chloroforme). La vaseline met plus longtemps à disparaître ; si l'absorption de l'antiseptique et de son excipient sont défectueuses, il en résulte des inconvénients que nous allons énumérer.

On peut d'abord observer les accidents de l'intoxication iodoformique ; insomnie, hallucinations et délire surtout nocturnes, tachycardie, éruptions morbilliformes et scarlatiniformes, oligurie, albuminurie et même coma et mort.

Ces accidents seraient dus, d'après Hernach, à la façon dont l'iodoforme réagit chimiquement en présence des tissus de l'organisme, à l'iodalbuminat qui se forme à ses dépens et qu'on retrouve en grande quantité dans les urines des sujets intoxiqués.

Ils sont attribuables à trois causes : une dose trop élevée, comme le veulent Kirmisson et Schwartz, qui recommandent de ne jamais dépasser 3 gr. ; une susceptibilité individuelle très marquée, à laquelle Lucas-Championnière et Tuffier accordent la plus grande part dans la production des accidents et que rien, sauf l'expérience, ne peut faire prévoir ; enfin une altération des reins empêchant l'élimination ; G. Marchant et Delbet en rapportent des exemples très nets.

En réalité, l'intoxication iodoformique est rare. Henric, Espieux, Laborde, après plus de 500 injections ne l'ont jamais vue. Lucas-Championnière, rapportant un cas observé par lui en 1905, à la suite d'une injection de 100 à 150 gr. « sans mesure » d'huile de vaseline iodoformée à 1 pour 10 ajoute : « J'ai fait un très grand nombre d'injections iodoformées dans les abcès froids, et je n'ai jamais rien vu de semblable ».

Elle est moins fréquente avec la vaseline qu'avec l'éther (Trendelenbourg, Redard).

Pour mettre les malades à l'abri de toute intoxication, on pourra ne pas injecter de trop fortes doses d'iodoforme, ne pas dépasser 3 gr., en formulant une pommade à 1 pour 20 dans les cas de cavité étendue ; on pourra aussi donner des alcalins à haute dose, dont Behring a montré l'action prophylactique ; enfin, il sera bon d'examiner l'urine du malade avant l'intervention.

La crainte d'accidents, rares et généralement sans grand danger, ne doit pas empêcher l'emploi de l'iodoforme ; d'ailleurs, quel antiseptique est à l'abri de pareils reproches ?

La vaseline est aussi rarement la cause d'insuccès ; on observe parfois son enkystement et la persistance d'une tumeur fluctuante sous la peau réunie ; si on ponctionne cette tumeur, on en voit sortir la vaseline pure, blanche, sans traces d'iodoforme ; la réunion s'opère alors sans autre complication qu'un léger retard. Fontan rapporte le cas d'un malade qui fut ainsi ponctionné à deux reprises par deux médecins

différents ; le second n'ayant pas eu connaissance de l'injection.

Une autre complication du même genre a été rapportée par le docteur Le Jollec ; enkystement de la vaseline, puis, deux mois après, apparition d'un petit pertuis ; le docteur Le Jollec, en incisant la peau, mit à jour une cavité kystique à parois lisses, grisâtres, du volume d'une grosse noisette, contenant de la vaseline blanche, sans la moindre trace d'iodoforme ; le malade n'avait pas dit que son bubon avait été traité et il ne restait aucune trace de l'injection : « le bubon paraissait guéri, il n'y avait pas de cicatrice ».

Les accidents sont rares et ordinairement sans aucune gravité, ils n'entraînent qu'un léger retard dans la guérison.

Il en est de même des insuccès que l'on observe parfois, et qui peuvent reconnaître trois causes : une virulence excessive du germe infectieux contre lequel l'iodoforme est alors impuissant ; une négligence du chirurgien qui n'a pas évacué complètement le pus, soit en ne malaxant pas assez l'abcès, soit en lavant insuffisamment sa cavité ; enfin une modification trop profonde des parois de la poche qui s'observe dans les lésions déjà anciennes. Les tissus infiltrés, fongueux, semblent avoir perdu la faculté de bourgeonner et il faut avoir recours à un moyen plus énergique que le pétrissage : la curette permettra de détruire ces tissus trop mortifiés qui ne peuvent qu'être dangereux.

La vaseline iodoformée étant un bon pansement

antiseptique, le seul accident observé sera un retard dans la guérison ; on devra, pour reconnaître l'échec du procédé, se baser sur la fièvre et la douleur qui doivent cesser dès le lendemain de l'opération.

Il faudra alors ouvrir largement l'abcès et le panser à plat ou le drainer, suivant les cas.

CHAPITRE V

Mode d'Action

Comment une injection de vaseline iodoformée liquéfiée par la chaleur, poussée à travers un orifice étroit dans une cavité qu'elle remplit exactement, agit-elle ? Y a-t-il là une action spécifique de l'un de ses éléments, l'iodoforme ou la chaleur, comme on l'a prétendu ?

Disons-le tout de suite, nous ne le croyons pas, et c'est la diversité de nature des cas traités, la différence de leur étiologie qui déterminent notre conviction ; tous les éléments du procédé, iodoforme, vaseline, chaleur, étroitesse de l'incision, pétrissage de l'abcès, ont leur part plus ou moins importante dans la rapidité de la guérison, et c'est cette part que nous allons essayer de délimiter pour chacun d'eux.

Et d'abord l'iodoforme dont l'action est évidemment primordiale.

Il peut agir :

- 1° Comme microbicide direct ;
- 2° Comme modificateur du terrain qu'il rend impropre à la vie du microbe ;

3° Comme neutralisant chimiquement les produits de la vie du microbe (action antiseptique).

On sait combien le pouvoir bactéricide de l'iodoforme a été contesté et à quelles discussions il a donné lieu ; en effet, les expériences de Heyn et Rovsing avaient montré que les microbes de la suppuration végétaient facilement au contact de l'iodoforme pulvérulent, qu'un tampon de gaze iodoformée laissé 24 heures dans le vagin, au préalable désinfecté, d'une femme saine, était pénétré jusqu'au centre par des microbes, qu'une culture de staphylococcus pyogenes aureus pétrie avec lui pendant dix jours provoquait par inoculation dans le genou d'un lapin une suppuration suraiguë comme la culture sans iodoforme. Lesser avait vu une plaie fraîche être inoculée de chancre mou par un pinceau d'iodoforme qui avait servi la veille à soigner un ulcère chancreux.

Lubbert, de Ruyter confirmaient ces faits et Dubreuilh, en 1888, contestait, dans le *Bulletin médical*, la valeur microbicide de l'iodoforme.

A ces résultats expérimentaux, on ne tarda pas à en opposer d'autres ; c'est ainsi que Poter, Sattler, Lomry et bien d'autres auteurs partant de l'adage : *Corpora non agunt nisi soluta*, firent agir sur des cultures de microbes pyogènes de l'iodoforme non plus pulvérulent, mais dissous dans du chloroforme, du benzol, de l'éther, de l'huile et de la vaseline. Lomry même, se rapprochant des conditions où l'on se trouve en clinique, employa le sérum comme dissolvant.

Les résultats furent favorables à la cause de l'iodoforme et aujourd'hui on peut, avec Bouchard, le considérer comme bactéricide, en admettant que « le terme bactéricide ne s'applique pas seulement à des germes forcément, complètement détruits, mais aussi à de simples modifications dans leurs formes, leurs fonctions, etc. »

Nous retiendrons de ces controverses le fait suivant, à cause de ses conséquences pratiques : le pouvoir bactéricide de l'iodoforme, pour se manifester, a besoin du concours d'un dissolvant ; celui-ci le développe dans des proportions plus ou moins grandes, suivant sa nature.

Ce qu'on n'a jamais contesté à l'iodoforme, c'est son action modificatrice vis-à-vis des tissus en contact avec lui : les sécrétions des plaies sont diminuées ou supprimées ; cette dessiccation empêche la végétation du microbe, impossible sans humidité ; elle est de plus très favorable à l'accolement des parois des cavités suppurantes, c'est-à-dire à leur cicatrisation.

Troje et Tangl ont bien montré l'action modificatrice de l'iodoforme à propos des abcès tuberculeux ; ils estiment, après de nombreuses et laborieuses expériences, que la mort des bacilles n'est pas le fait primitif, mais que leur disparition observée après une injection de liquide iodoformé est le résultat des modifications de la couche granuleuse qui les renferme. La dégénérescence graisseuse et la nécrose de cette couche granuleuse enlèveraient aux bacilles leur moyen de nutrition.

L'iodoforme rend plus intense le processus bien

connu de l'évolution destructive des tubercules tombant dans la cavité des abcès froids, bien décrit par Lannelongue en 1891.

Bruns et Nauwerk, Stubenrauch ont apporté des faits à l'appui de cette manière de voir.

C'est comme antiseptique que l'iodoforme a surtout de la valeur, comme neutralisant des toxines microbiennes « qui sont bien les agents principaux de la suppuration » (Stchégoleff). Sur ce point, les auteurs sont d'accord ; les divergences apparaissent lorsqu'il s'agit d'expliquer cette action.

L'iodoforme, corps très instable, se dédouble par la chaleur et sous l'influence de la lumière en iode et acétylène ; l'opinion générale attribue son pouvoir antiseptique à l'iode naissant, tandis que Behring attache plus d'importance à la production d'acétylène.

Ce dédoublement se produit également à la surface des plaies, comme l'a prouvé Neisser ; il serait alors l'œuvre, soit des microorganismes (Sattler), soit plutôt des ptomaïnes contenues dans le pus (De Ruyter, Karlinski, Maurel).

Que devient ensuite l'iode mis en liberté ? D'après Neisser, il se forme des iodures et des iodates par combinaison avec les matières albuminoïdes d'abord, puis avec les alcalis (y compris les ptomaïnes qui sont alcaloïdes).

L'iode naissant a une action plus efficace sur les cultures microbiennes que l'iode en nature ; aussi doit-on favoriser sa production et ne pas craindre de

chauffer à plus de 45° les solutions iodoformées destinées à être injectées.

En résumé, nous estimons que l'iodoforme est un antiseptique de grande valeur, un modificateur énergétique des tissus, un bactéricide faible dont l'action dépend du mode sous lequel on l'emploie.

Lübbert, avons-nous dit, a prouvé qu'il n'influence nullement les cultures microbiennes, à part les cas où l'on fait agir sur elles des solutions dans le chloroforme, le benzol, l'éther, l'alcool méthylique.

La vaseline est également un bon excipient de l'iodoforme, et plusieurs raisons peuvent la faire préférer aux autres dissolvants ; citons d'abord l'opinion de Sattler qui, après les avoir étudiés, conclut que « la préparation qui a l'influence la plus nette sur les divers microbes est la vaseline iodoformée ».

Mais là n'est pas le seul avantage de la vaseline ; l'éther, par exemple, est un dissolvant dont l'efficacité est bien reconnue et l'emploi de l'éther iodoformé est aujourd'hui classique dans le traitement des lésions tuberculeuses localisées ; il présenterait dans les cas que nous avons en vue, l'inconvénient de s'évaporer rapidement par l'incision et de laisser au fond de la cavité une masse pulvérulente d'iodoforme ; la cavité resterait vide et l'on reviendrait ainsi à un simple pansement à la poudre d'iodoforme ; aussi l'injection d'éther n'est-elle indiquée que dans des poches fermées, qu'il est possible d'évacuer par simple ponction, c'est-à-dire qui renferment un pus bien liquide, sans grumeaux ; il ne peut plus être employé lorsqu'on est obligé de donner à l'incision

une certaine étendue, ou lorsqu'une fistule existe déjà ; de plus, l'éther est douloureux et expose à des accidents de sphacèle.

Au contraire, la vaseline, grâce à la forme liquide sous laquelle on l'injecte, remplit aussi bien que l'éther une poche purulente jusque dans ses moindres anfractuosités, ce qu'à moins de larges incisions et de curettages étendus, seul un liquide est capable de faire ; le chirurgien pourra ainsi éviter d'inutiles délabrements, toujours longs à réparer, parfois dangereux comme dans le cas d'antrotomie que nous rapportons dans notre observation n° XXIII : l'ouverture des cellules postérieures y était rendue difficile par la profondeur à laquelle était situé l'antre, et le voisinage du sinus latéral ; il était pourtant indispensable d'agir sur elles ; la vaseline liquide, mieux que la mèche de gaze usitée en pareil cas, permit de porter l'iodoforme jusque dans ces cellules.

Passée à l'état solide, elle prolonge l'action de l'antiseptique jusqu'à absorption complète.

Peut-être sert-elle ultérieurement de soutien à la cicatrisation, de conducteur aux bourgeons charnus ; en tout cas, elle a sous cette deuxième forme un autre avantage, celui de recouvrir la plaie d'une substance imperméable et de la soustraire à une infection secondaire ; il est inutile d'insister sur l'importance qu'il y a à éviter la chancrellisation d'un bubon, à empêcher un microbe pyogène banal, streptocoque ou staphylocoque, d'envahir un abcès froid tuberculeux.

C'est en grande partie de la crainte de ces redou-

tables éventualités que sont nés les traitements actuels de ces lésions par les ponctions suivies d'injections de liquides antiseptiques ; les succès obtenus ont fait que la large incision pratiquée autrefois est à peu près abandonnée aujourd'hui ; le meilleur moyen d'empêcher les microbes d'inoculer une cavité, n'est-il pas de réduire au minimum la voie qui peut leur en permettre l'accès, et de diminuer le plus possible le temps pendant lequel cette voie reste ouverte ?

Trois procédés peuvent être employés pour évacuer une cavité purulente que l'on veut ensuite aseptiser : La ponction faite au simple trocart, dont nous avons dit plus haut les avantages et regretté la fréquente impossibilité.

L'incision large, permettant évidemment l'élimination entière du pus et des différents produits pathologiques, mais exigeant ensuite des pansements à plat fréquents et soigneux, pouvant provoquer une infection surajoutée, demandant un temps assez long pour se cicatriser et laissant des traces indélébiles.

Enfin, l'incision que nous préconisons, pratiquée avec un bistouri à cataracte, assez large pour laisser passer des grumeaux susceptibles d'obstruer un trocart, assez étroite pour pouvoir se refermer rapidement et sans cicatrice : nous l'appellerons « ponction-incision ».

La question a fait l'objet d'une discussion à la Société des Sciences médicales de Lyon entre les

professeurs Poncet et Augagneur, à propos du traitement du bubon.

M. le professeur Poncet, est-il dit dans le compte-rendu de la séance, s'est élevé contre la méthode des incisions étroites auxquelles il n'accorde qu'une médiocre confiance.

« M. Augagneur, qui avait été un moment partisan des larges ouvertures, ayant reconnu la supériorité des résultats actuels obtenus avec la ponction, n'hésite pas à donner la préférence à ce traitement. Et comme terme de comparaison, il rapproche ce traitement du bubon de celui de l'adéno-phlegmon sus-hyoïdien ; il rappelle que beaucoup de chirurgiens après avoir pratiqué une ouverture étroite, vont à la recherche du pus avec une sonde cannelée ; on obtient de très bons résultats, bien que l'asepsie de la bouche soit à peu près impossible. De toutes ces données, il résulte qu'on doit accorder la préférence aux petites incisions avec ou sans injection ».

L'incision étroite est donc préférable dans les cas où l'on est en droit d'espérer que le pus ne se reproduira pas ; c'est ainsi que récemment M. Delagenière recommande, pour le traitement d'affections des plus diverses, abcès chauds, abcès froids, furoncles, anthrax, mastoïdites, la simple ponction au bistouri de 1 à 2 centimètres, sans même faire d'expression, l'évacuation du pus étant assurée par l'aspiration pratiquée au moyen d'une ventouse ; ici la reproduction du pus est entravée, non par un antiseptique, mais par l'hyperhémie que produit la ventouse.

M. Delagenière obtient ainsi, sans autre traitement,

la guérison d'abcès chauds en dix ou douze jours ; la valeur de cette méthode, créée par Bier, est aujourd'hui universellement reconnue et ses applications deviennent de jour en jour plus nombreuses.

Cette congestion agit-elle, comme le dit Buchner, en déterminant une sécrétion intense des enzymes par les leucocytes, et en favorisant ainsi la résorption des toxines microbiennes ou, comme le veut Heller, en empêchant ces toxines de se diffuser, ce qui intoxique les microbes qui les ont sécrétées ? Produit-elle une excitation du tissu cellulaire, et une prolifération de cellules capables d'encapsuler les bacilles (Cornet) ; exagère-t-elle la phagocytose (Delagenière) ou provoque-t-elle l'apparition de macrophages qui détruisent les microbes et les polynucléaires tués par eux, et résorbent les exsudats ? Il est probable que ces différentes actions se combinent et surajoutent leurs effets. Quoi qu'il en soit, les faits sont là, la guérison est rapide, et ce procédé thérapeutique est précieux.

Or, nous avons, au cours de l'exposé de notre manuel opératoire, eu l'occasion de signaler ce fait que la région sur laquelle on intervient est le siège d'une congestion intense, produite par les manœuvres de malaxation nécessaires pour évacuer le pus ; cette congestion se traduit par l'exagération de la teinte rouge observée au niveau d'une région qui est le siège d'une inflammation ; nous produisons donc là une véritable hyperhémie passive à laquelle vient s'ajouter ensuite l'hyperhémie active due à la tempé-

rature des antiseptiques et de la vaseline liquéfiée par la chaleur.

C'est pourquoi, ne craignant pas, d'autre part, la décomposition de l'iodoforme en iode naissant, nous avons souvent pratiqué des injections à plus de 43°, point de fusion de la vaseline.

Là, croyons-nous, est la véritable action de la chaleur; il ne faut point chercher, comme on l'a fait, à expliquer la rapidité de la guérison par une action destructive directe, empêchant la vie du microbe. Ce ne serait admissible que pour le bacille de Ducrey.

En résumé nous pensons, d'accord en cela avec Fontan, qu'il ne faut pas attribuer les succès obtenus par l'injection de vaseline iodoformée à une action spécifique de l'iodoforme ou de la chaleur. Nous croyons surtout à l'efficacité de la réplétion exacte d'une cavité purulente par un pansement antiseptique à demeure, et notre but a été d'en donner la preuve.

CONCLUSIONS

I. Une injection réplétive de vaseline iodoformée à 1/10^e liquéfiée par une température de 45°, poussée dans une cavité purulente, après évacuation du pus par l'orifice étroit d'une « ponction-incision » au bistouri, est capable de tarir rapidement la suppuration de cette cavité.

II. Les indications sont :

1° Les adénites suppurées, banales, vénériennes et tuberculeuses.

2° Les abcès chauds et particulièrement les supurations aiguës cavitaires : dacryocystites, kystes sébacés, hygromas.

3° Les abcès froids.

4° Les fistules.

5° Les hématomes suppurés.

6° Les collections purulentes intra-osseuses.

III. La guérison survient ordinairement sans cicatrice au bout de quatre ou cinq jours.

IV. Elle est due à l'action modificatrice, antiseptique (dégagement d'iode naissant) et bactéricide

(cette dernière facilitée par la vaseline) de l'iodoforme ; à l'hyperhémie provoquée par la malaxation des parois de la cavité et la température élevée de l'injection ; à l'étroitesse de l'incision ; à l'occlusion de la plaie.

V. Les insuccès et les accidents sont rares.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. NICOLAS.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 novembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNOZAN. — Traité de thérapeutique.
- BEHRING. — Uber Iodoform und acetylen (*Deutsch medic. Wochenschrifte*, 1887).
- BIER. — Stase veineuse comme moyen de traitement des tubercules chirurgicales (25^e Congrès des Chirurgiens allemands, 1894).
- BLAIZOT. — Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections médicamenteuses. Paris, 1890.
- BOUCHUT et DESPRÉS. — Dictionnaire de thérapeutique.
- CARAVIAS (J.-E.). — Etudes sur les vaselines liquides comme véhicule dans la méthode hypodermique, 1889.
- CORDIER. — Sur le traitement des bubons, 1890.
- DELAGENIÈRE. — La méthode de Bier (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1907).
- DUBREUILH. — *Bulletin médical*, 1888.
- DUPAU. — Des petites incisions dans les adénites suppurées (bubons). (*Gazette médico-chirurgicale de Toulouse*, 1892).
- ELOY. — Emploi médical de l'iodoforme, 1889.
- ESPIEUX. — Guérison rapide du bubon suppuré d'origine vénérienne par les injections de vaseline iodoformée liquide, 1889).
- FONTAN. — Guérison rapide du bubon suppuré, d'origine vénérienne par les injections de vaseline iodoformée liquide. (*Archives de Médecine navale*, 1889).
- HENRIC. — Du traitement du bubon suppuré d'origine vénérienne par les injections de vaseline iodoformée et le pansement occlusif, 1894.
- HEYN et ROVSING. — Der Iodoform als antisepticum (*Fortschritte der Medicin*, 1887).

- KIRMISSON. — Des injections dans le traitement des abcès par congestion. (*Semaine Médicale*, 1894).
- LABORDE. — Les injections interstitielles et cavitaires d'éther iodoformé, 1887.
- LAPORTE. — Du traitement du bubon par la ponction suivie d'injections modificatrices, 1890.
- LASSALE. — Traitement du bubon vénérien suppuré (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1889-90).
- LEFOUR. — De l'iodoforme comme agent antiseptique (*Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux*, 1889).
- LE JOLLEC. — Contribution à l'étude du traitement du bubon suppuré par les injections de vaseline iodoformée (*Archives de Médecine navale*, 1891).
- LESSER. — Vierteljarsch und f. Dermatologie syph., 1884.
- LUBBERT. — Über das Verhalten von Iodoform zum Staphylococcus pyogenes aureus (*Fortschritte der Medizin*, 1886-7).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Revue de la Société de Chirurgie de Paris*, 1905.
- MANQUAT. — Traité de thérapeutique.
- MARTIN. — Etude expérimentale et clinique sur l'emploi chirurgical de l'iodoforme, 1882.
- MULLER. — Einige neuere Ensatzmittel für Iodoform (*Deutsche schrift für Thiermed*, 1889-90).
- NEISSER. — Zur kenntniss der Antibacterien Wirkung des Iodoforms (*Virchows archiv*, 1887).
- PIC. — Cours magistral, 1907-08.
- POISSON. — Adénopathies tuberculeuses, 1895.
- R., — Revue sur la valeur antiseptique de l'iodoforme. (*Marseille médical*, 1889).
- REALE. — Sulla trasformazione del iodoformio nell'organismo memoria. (*Bull. d. r. Academia méd. chir. di Napoli*, 1889).
- SATTLER. — Über der antiseptischen Werth des Iodoforms and Iodols. (*Fortschritte der medicin*, Leipzig, 1887).
- SEMPÉ. — Contribution à l'étude de l'iodoforme, 1900.
- TILANUS. — Neue Untersuchungen über die antiseptische Wirkung des Iodoforms (*Munchen Wochenschrifte*, 1889).
- TOUREN. — Contribution à l'étude du traitement du bubon vénérien et de la cystite (*Archives de médecine navale*, 1898).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction et historique.....	7
Observations..	12
Exposé du Manuel opératoire.	28
Indications.....	34
Suites de l'opération. Résultats.....	40
Mode d'action.....	45
Conclusions	55
Index bibliographique	57

TREVoux. — IMP. J. JEANNIN
